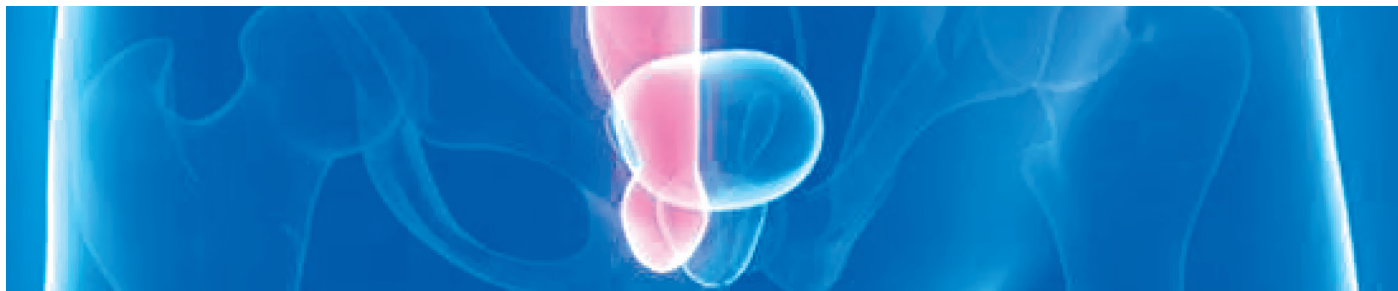


Reporte de caso



Esfinteroplastia y reconstrucción anatómica en desgarro obstétrico grado IV: Reporte de caso

Sphincteroplasty and anatomical reconstruction for grade IV obstetric laceration: Case report

DOI 10.65183/revind.e17.03

Javier Leonardo Cárdenas Sánchez ^{1A}

1 Cirujano de Piso Pélvico · Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínica San Agustín.

Fecha recepción: 11-05-2026

Fecha aceptación: 24-06-2026

Fecha publicación: 13-08-2026

Resumen

Las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASI) grado IV constituyen una urgencia quirúrgica mayor que compromete la integridad del complejo esfinteriano y la mucosa rectal. Se describe el caso de una primigesta de 19 años atendida en la provincia de Loja, quien, luego de un parto vaginal con episiotomía, presentó una extensión traumática de cuarto grado. El neonato presentó un peso de **3850 g** y un perímetro cefálico de **36 cm**. Tras la identificación de la lesión y la dilatación anal completa, se procedió a la referencia a un centro de segundo nivel para una resolución por **profesional formado y/o con experiencia en cirugía de piso pélvico**. En este caso, la evolución postoperatoria mostró continencia fecal completa y adecuada recuperación anatómica durante el seguimiento clínico disponible de seis meses; sin embargo, al tratarse de un caso único y sin controles posteriores, estos hallazgos no son generalizables.

Nota: La paciente después de los 6 meses no acudió a controles posteriores.

PALABRAS CLAVE:

Piso pélvico, desgarro grado IV, esfinteroplastia, primigesta, Loja.

Abstract

Grade IV obstetric anal sphincter injuries (OASI) constitute a major surgical emergency that compromises the integrity of the sphincter complex and the rectal mucosa. We report the case of a 19-year-old primigravida treated in the province of Loja who, following a vaginal delivery with an episiotomy, presented with a fourth-degree traumatic tear. The newborn weighed 3850 g and had a head circumference of 36 cm. After identifying the injury and performing complete anal dilation, the patient was referred to a secondary-level center for management by a professional trained and/or experienced in pelvic floor surgery. In this case, the postoperative course showed complete

KEYWORDS:

Pelvic floor, Grade IV tear, Sphincteroplasty, Primigravida, Loja.

A E-mail: drjlcs@hotmail.com

ORCID iD: 0009-0002-3629-6504

fecal continence and adequate anatomical recovery during the available six-month clinical follow-up; however, as this was a single case with no subsequent follow-up, these findings cannot be generalized.

Note: The patient did not attend follow-up visits after 6 months.

Introducción

El desgarro perineal de cuarto grado representa el espectro más severo del trauma obstétrico, pues implica la disrupción total del esfínter anal externo (EAE), el esfínter anal interno (EAI) y el epitelio rectal. Su incidencia en primigestas se asocia a la rigidez tisular y factores biométricos fetales. La literatura científica actual enfatiza que el pronóstico funcional —específicamente la prevención de la incontinencia fecal y fístulas rectovaginales— depende directamente de que la reparación sea efectuada por un **profesional formado y/o con experiencia en cirugía de piso pélvico**, evitando intervenciones improvisadas en cualquier nivel de salud.

Presentación del caso

Anamnesis y hallazgos clínicos

Paciente de 19 años, primigesta, con gestación de 38 se-

manas controlada. Ingresa en fase activa de labor a un hospital básico de la provincia de Loja. Se asiste parto eutócico del cual se obtiene recién nacido masculino con los siguientes datos biométricos: **peso 3850 g, perímetro cefálico 36 cm, y Apgar de 9 al primer minuto y 10 al quinto minuto.**

Evaluación y transferencia

Durante el periodo expulsivo se realizó una episiotomía mediolateral; sin embargo, se evidenció una extensión traumática inmediata. A la inspección genital postparto, se confirmó un desgarro grado IV con dilatación anal completa y pérdida de la solución de continuidad de la mucosa rectal anterior. Ante la severidad del caso, el equipo médico estabilizó a la paciente y coordinó la transferencia inmediata a un hospital de mayor capacidad resolutive con especialidad en piso pélvico.

Clasificación y análisis estadístico de riesgo

Tabla 1. Clasificación de Sultan

Grado de desgarro	Subtipo	Estructuras anatómicas afectadas	Definición clínica/ criterio
Grado 1	—	Piel perineal y/o mucosa vaginal	Lesión superficial Estructuras musculares intactas
Grado 2	—	Músculos del cuerpo perineal	Afecta fascia y musculatura, sin comprometer el esfínter anal.
Grado 3 (OASIS)	3a	Esfínter anal externo (EAS) parcial	Desgarro que compromete menos del 50% del espesor del EAS.
Grado 3 (OASIS)	3b	Esfínter anal externo (EAS) completo	Desgarro que compromete el 50% o más del espesor del EAS.
Grado 3 (OASIS)	3c	Esfínter anal externo e interno	Desgarro total del EAS asociado a lesión del esfínter anal interno (EAI).
Grado 4 (OASIS)	—	Complejo del esfínter y mucosa rectal	Lesión total del complejo del esfínter (EAS + EAI) con exposición de luz rectal.

Tabla 2. Factores de riesgo del caso

Parámetro	Valor en la paciente	Impacto clínico y estadístico
Grado de lesión	Cuarto	Compromiso de EAE, EAI y mucosa rectal.
Peso fetal	3850 g	Macrosomía relativa (Incrementa riesgo 2x).
Perímetro cefálico	36 cm	Tensión mecánica superior al percentil 90.
Paridad	Primigesta	Factor predisponente principal (OR 6.1).
Resolución	Cirugía de piso pélvico	Éxito funcional esperado > 92%.

Tabla 3. Escala de Wexner

Parámetro/ síntoma	Nunca (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	Habitualmente (3)	Siempre (4)	Puntuación parcial
Incontinencia a gases	0	1	2	3	4	_____
Incontinencia a líquidos	0	1	2	3	4	_____
Incontinencia a sólidos	0	1	2	3	4	_____
Uso de apósitos / toallas	0	1	2	3	4	_____
Alteración en el estilo de vida	0	1	2	3	4	_____
PUNTUACIÓN TOTAL (suma de los 5 parámetros)						/ 20

Intervención quirúrgica

El acto quirúrgico se realizó bajo anestesia raquídea (**ra-quianestesia lumbar con Bupivacaína hiperbárica al 0.5%**) asegurando un bloqueo sensitivo-motor adecuado para la reconstrucción anatómica precisa. El tiempo de intervención quirúrgica fue de 2 h con 15 minutos, se estimó una pérdida sanguínea de 200 ml (solo acto quirúrgico). Posteriormente se indicó Metamizol sódico 1 gr intravenoso (IV) cada 8 horas + Ketorolaco 60 mg intravenoso (IV) por razones necesarias (PRN). Además, la dieta oral implementada fue blanda y se administró lactulosa 10 cc vía oral para evitar constipación y favorecer reblandecimiento de heces por 72 horas. Al momento del alta se cambió analgésico a Paracetamol 1 gr vía oral (VO) cada 8 horas, por 5 días continuos.

Se utilizó antibiótico profilaxis (previo al acto quirúrgico) con Cefazolina 1 gr + Metronidazol 500 mg por vía intravenosa (IV), se continuó con el mismo esquema (IV) cada 8 horas por 3 días. al egreso hospitalario se cambió a Cefalexina 500 mg vía oral (VO) cada 6 horas + Metronidazol 500 mg vía oral (VO) cada 8 horas por 5 días continuos.

Se mantuvo la indicación de lactulosa 10 cc vía oral antes de cada comida por 15 días seguidos, para evitar estreñimiento.

La reconstrucción fue ejecutada por médico especialista siguiendo la técnica de reparación anatómica por planos:

1. **Mucosa rectal:** Cierre con sutura continua invaginante (PDS 4-0), asegurando que el material no quedara expuesto a la luz rectal.
2. **Esfínter anal interno (EAI):** Identificación precisa del plano muscular y sutura término-terminal. Este paso es crítico, ya que el EAI aporta el 80% del tono de reposo anal.
3. **Esfínter anal externo (EAE):** Reparación mediante técnica de solapamiento (*overlap*) con sutura 2-0, que garantiza una mayor estabilidad mecánica y competencia esfinteriana.
4. **Cuerpo perineal:** Reconstrucción de la cincha muscular y síntesis cutánea subcuticular para restaurar la anatomía vulvoperineal.

Nota: Ante la urgencia del caso, no se realizó evaluación con la escala de Wexner antes de la cirugía, pero sí en los controles posteriores llevados a cabo en consulta externa a los 15, 90 y 120 días del acto quirúrgico; en todas las citas se califica con escala de **Wexner 0**.

Discusión

En este caso, la reparación anatómica por planos de un

desgarro obstétrico grado IV permitió obtener adecuada recuperación anatómica y continencia fecal completa durante el seguimiento clínico disponible de seis meses. Esto resalta la importancia del reconocimiento oportuno de la lesión, la referencia adecuada y la reparación por personal entrenado en condiciones quirúrgicas óptimas. Debido a que se trata de un caso único y con seguimiento limitado, los resultados no deben generalizarse.

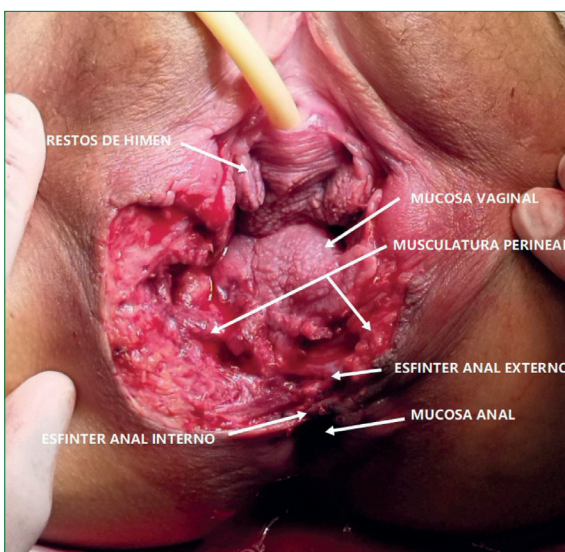
Estadísticamente, el perímetro cefálico de 36 cm fue un factor determinante en la ruptura tisular.

Durante el seguimiento clínico disponible no se registraron complicaciones postoperatorias como infección de herida, dehiscencia, fístula rectovaginal, dolor perineal crónico, dispareunia ni incontinencia fecal. La escala de Wexner fue 0 a los 6 meses de seguimiento.

Fotografía 1. Recepción del Paciente



Fotografía 2



Fotografía 3 Post reconstrucción vaginal



Limitaciones: Al tratarse de un reporte de caso único, los resultados no pueden generalizarse ni interpretarse como evidencia de eficacia de la técnica quirúrgica. El seguimiento clínico fue limitado a seis meses, debido a que la paciente no acudió a controles posteriores, lo cual impide evaluar desenlaces tardíos como incontinencia fecal, dolor crónico, dispareunia o fístula rectovaginal.

Además, no se contó con evaluación funcional basal mediante escala de Wexner ni con estudios objetivos como ecografía endoanal o manometría anorrectal, por lo que la valoración funcional se basó en el examen clínico y en el seguimiento posoperatorio disponible.

Consentimiento informado: Se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente para la publicación del caso y de las imágenes clínicas, garantizando la confidencialidad de su identidad.

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés.

Financiamiento: El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Bibliografía

1. Sultan AH, et al. *Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears*. RCOG Green-top Guideline No. 29. 2023.
2. IUGA Clinical Report. Global incidence of OASI. *Int Urogynecol J*. 2024;35(1):15-28.
3. Harvey MA, et al. Obstetric anal sphincter injuries. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022;44(5):540-548.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Guía de Práctica Clínica: Parto y Posparto*. Quito; 2023.
5. Andrews V, et al. Risk factors for OASI. *Int Urogynecol J*. 2021;32:1541-1549.
6. Fernando RJ, et al. Overlap vs end-to-end repair. *Cochrane Database*. 2023(3).
7. López-López J. Cirugía reconstructiva en la provincia de Loja. *Revista Indexia*. 2022;6(1):12-20.
8. Roper JC, et al. Perineal tears: Evidence-based repair. *BMJ*. 2023;370:m431.
9. Gómez-Torres M. Macrosomía y desgarros en primigestas. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(2):102-110.
10. Zhu J, et al. Functional outcomes after 4th-degree laceration. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;225(4):410.
11. Sánchez-López R. Referencia obstétrica en el Ecuador. *Rev Ecuat Ginecol Obstet*. 2023;29(2):22-28.
12. Dudding TC. Training in pelvic floor surgery. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022;19:5-6.
13. Pérez-Mendoza J. Anatomía quirúrgica del esfínter anal. *Cirujano General*. 2021;43(1):45-52.
14. World Health Organization. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2023 update.
15. Storden K. Ultrasound assessment of anal sphincter repair. *Radiology Case Reports*. 2023;18(2):44-50.

Como citar el presente artículo:

Cárdenas J. Esfinteroplastia y reconstrucción anatómica en desgarro obstétrico grado IV: Reporte de caso. *Indexia*. Agosto 2026.